

PREVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS ET ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS AUTOUR DE LA NAISSANCE : ENJEUX ETHIQUES ET INSTITUTIONNELS

Frédéric Jésus¹

Résumé

Il est aujourd'hui considéré comme légitime de chercher à identifier et à réduire, dès la grossesse, les risques de survenue de troubles précoces des relations parents/enfant, et notamment des négligences, des carences ou des violences qui peuvent les accompagner ou en résulter. Pour mobiliser autour d'un tel projet tant les décideurs politiques et institutionnels que les professionnels et les parents concernés, la démarche préventive s'avère plus pertinente, plus efficace mais aussi plus éthique que l'approche prédictive.

Pour de multiples raisons, notamment idéologiques et économiques, la volonté de dépister systématiquement, dès la grossesse, des problèmes qui, par définition, ne se sont pas encore manifestés suscite en effet des tendances préoccupantes. Elles invitent *de facto* les interventions programmées à « cibler » des populations de futurs parents sur la base de critères psycho-sociaux dont la scientificité est souvent discutable et dont la mise en lumière est plus stigmatisante que porteuse de réponses appropriées. Elles sont en outre de nature à induire la méfiance et le repli sur soi des parents ainsi considérés, même - et surtout - de ceux qui auraient le plus besoin d'écoute, d'appui et d'accompagnement.

Pour guider une démarche préventive proactive, on connaît pourtant l'importance de prendre en compte des facteurs personnels ou environnementaux tels que : l'isolement social voire géographique et culturel du ou des parent(s), leurs conditions de travail, la fragilité émotionnelle réveillée - chez certaines mères mais aussi chez certains pères - par le proche accès au statut parental, l'existence de troubles de la santé - notamment psychologique - ou encore de comportements addictifs, mais aussi - quoique pas systématiquement - la précarité économique, sociale ou professionnelle.

C'est pourquoi seront argumentées la nécessité de promouvoir une posture professionnelle empathique, génératrice de confiance et de respect mutuels, à l'égard des mères et des pères affectés par de telles difficultés et la possibilité, qui s'en déduit, de mobiliser auprès d'eux un réseau de professionnels mais aussi un réseau social permettant de les aider à y faire face.

L'exemple des deux conceptions politiquement promues pour l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse - celle du « plan périnatalité 2005-2007 » et celle de la loi du 5 mars 2007 « réformant la protection de l'enfance » - permettra d'illustrer cette argumentation.

Je tiens pour commencer à adresser mes remerciements, pour leur invitation à participer à cette « *journée de la petite enfance* », à :

- à Yves Rome, président du Conseil général de l'Oise ;

¹ Cadre supérieur en collectivité territoriale, médecin, pédopsychiatre. Vice-président de la section française de Défense des Enfants International (DEI-France)

- à Héléna Goncalves-Pottiez, directrice de l'enfance et des familles ;
- à Françoise Point-Granger, médecin chef du Pôle « PMI et actions de santé ».

Je les remercie d'autant plus que je suis relativement incompetent pour traiter de la question de « l'accompagnement des futurs parents pour la prévention des mauvais traitements » sur laquelle ils m'ont sollicité.

Pourquoi incompetent ? Et pourquoi relativement ?

Je suis cliniquement incompetent sur la question.

En tant que pédopsychiatre, j'ai été responsable, de 1979 à 1992 ou médecin chef, de 1999 à 2001, de structures relevant des secteurs publics de psychiatrie infanto-juvénile (en Picardie, à Paris et dans le Val d'Oise).

J'ai ainsi eu classiquement à connaître :

- de différents troubles des relations parents/enfants, précoces ou tardifs, circonstanciels ou structurels, passagers ou durables ;
- des négligences, des carences ou des violences - en un mot des mauvais traitements - qui peuvent accompagner certains de ces troubles intra-familiaux, en résulter et les révéler, mais qui peuvent aussi relever - on tend aujourd'hui à l'oublier - de causes extra-familiales, ou encore d'une combinaison des deux.

Mais je n'ai généralement eu à intervenir auprès des enfants et des familles ainsi affectées qu'après les temps de la grossesse et de l'accouchement.

Deux exceptions à ces cas de figure peuvent être signalées, mais elles sont liées à des situations extrêmes.

- L'accompagnement systématique et largement inter-institutionnel que j'ai pu mettre en place, entre 1979 et 1981, auprès de mères ou de couples malades mentaux attendant un enfant. L'action préventive portait sur l'activation de réseaux professionnels, mais aussi familiaux et sociaux susceptibles d'accompagner au mieux ces familles atypiques, mais pas forcément maltraitantes, en voie de constitution.
- Les consultations que j'ai systématiquement proposées, et qui ont été la plupart du temps acceptées, à un service hospitalier de maternité, entre 1999 et 2001, auprès de mères et de couples parentaux en cas de décès *in utero* ou à la naissance. L'action préventive portait sur l'accompagnement du traumatisme, du deuil et du sentiment de culpabilité des parents - et parfois des soignants. Elle visait aussi à préserver des conséquences de l'événement tant les enfants vivants que les futurs enfants du couple.

Cliniquement incompetent malgré tout, je le suis devenu relativement un peu moins du point de vue institutionnel et éthique auquel je souhaite limiter ici mon propos.

Dès 1979 et jusqu'en 2001, j'ai en effet mené des travaux théoriques à multiples facettes sur le repérage, la prise en charge, les différents niveaux de prévention et la diversité des situations de mauvais traitements : physiques et sexuels, bien sûr, mais aussi, et surtout, psychologiques et institutionnels.

Il s'est agi de travaux cliniques, inter-culturels (effectués en Afrique, dans l'Océan Indien, dans les Caraïbes, en Roumanie et en Palestine), mais aussi médico-légaux et épidémiologiques.

Détaché, de 1992 à 1999, auprès d'organismes agissant pour le compte des ministères chargés de l'action sociale et de la famille, j'ai participé, notamment avec l'ODAS, à la mise en œuvre de trois grands « chantiers ».

- 1/ Tout d'abord, la conception et la réalisation d'études portant sur les évolutions du nombre et surtout des facteurs associés, sinon explicatifs, des situations d'enfants connus des services sociaux départementaux comme en danger, qu'ils soient maltraités ou en risque de l'être.
- 2/ Ensuite, dans une perspective concernant - mais dépassant - les logiques de prévention primaire des maltraitances, la promotion de ce que nous fûmes de plus en plus nombreux à désigner sous le terme de « bientraitances » : au sein des familles, certes, mais aussi au sein des institutions, y compris de celles qui sont impliquées dans l'accompagnement des grossesses et des naissances. Mon attention a alors été attirée par le fait que la bientraitance des professionnels par leurs employeurs et par leurs partenaires favorisait celle des parents par les professionnels et celle des enfants par leurs parents.
- 3/ Enfin, et peu à peu, la concrétisation aux plans national et local de trois convictions documentées par l'ensemble de ces expériences et de ces travaux. Conviction, d'une part, que les compétences des professionnels gagnent à être décloisonnées et fédérées par des dynamiques locales de réseau lorsqu'ils interviennent auprès de parents en difficulté - ou en risque de l'être - face à l'attente, l'arrivée, les soins de base et l'éducation de leurs enfants. Conviction, d'autre part, que ces parents peuvent bénéficier de l'entraide collective qu'ils sont parfois susceptibles de s'apporter mutuellement, mais aussi de l'appui de leurs propres réseaux familiaux et sociaux de proximité. Conviction enfin que ces réseaux-là peuvent et doivent se connecter à bon escient avec ceux des professionnels, sous réserve que les uns et les autres acceptent, en toute confiance, de se reconnaître comme tels et de coopérer.

Devenu, à partir de 2001, cadre supérieur dans une grande collectivité territoriale, chargé de mission sur les composantes sociales puis sur les dimensions transversales des politiques menées par celle-ci en direction des familles, j'ai ainsi eu l'occasion de participer au développement et à la structuration des actions dites de « soutien à la parentalité ». J'ai aussi pu observer comment celles-ci se sont mises à courir le risque de se retourner contre les parents eux-mêmes en habillant sous ce nom, au fil de directives nationales instillées depuis 2003 jusqu'à ce jour, des pratiques de contrôle social et de stigmatisation voire de pénalisation des parents les plus en difficulté. Les motifs premiers en ont été la lutte contre l'absentéisme scolaire, puis la prévention de la délinquance des jeunes. Au nom de la protection des enfants à naître, ils concernent aujourd'hui, potentiellement, insidieusement, la grossesse.

Le souci de la protection des enfants à naître n'est pas nouveau, et il n'est pas illégitime, quand on souvient des taux de mortalité et de morbidité infantiles épouvantables qui ont longtemps frappé nos pays devenus riches et qui frappent encore nombre de pays restés pauvres. Au moins connaît-on les causes des décès et

des infirmités de ces jeunes enfants : les conditions de vie, de travail et d'alimentation de leurs mères pendant la grossesse ; le manque d'hygiène, la pauvreté du milieu et le déficit d'accès à des soins préventifs et curatifs efficaces pour les enfants eux-mêmes. Si bien que l'éducation, le développement économique et social, l'adduction en eau potable, la résidence dans un habitat décent, la vaccination, etc. sont et restent les moyens les plus efficaces de prévenir, dès la grossesse et lors de l'accouchement, la principale cause de maltraitance infantile que représente le fait de naître dans un environnement pauvre.

Il n'était pas illégitime non plus que, après s'être intéressé à la sécurisation de l'accouchement, les obstétriciens de la fin du XIX^{ème} siècle industrialisé aient voulu intervenir sur l'avant grossesse et sur la grossesse. Ainsi, en 1895, le Dr Adolphe Pinard s'appuya-t-il sur le concept de « puériculture intra-utérine » pour réclamer des mesures sociales en faveur des femmes enceintes, et notamment des ouvrières. S'intéressant alors à ce qui précède la conception, il suggéra une surveillance médicale des procréateurs. Il identifia ainsi les trois fronts sur lesquels il entendit se battre : la puériculture avant la fécondation, pendant la grossesse et après la naissance. Et il se mit alors à dériver vers des thèses quasi-eugénistes, en distinguant deux sortes d'hérédité : « *l'hérédité conceptionnelle* », transmise par les parents, et l'« *hérédité utérine* », transmise de la mère à l'embryon qu'elle porte mais qui peut s'améliorer avec le repos et la surveillance - médicale, sociale et morale - de la femme enceinte. Dans une leçon de 1898 intitulée « *De la conservation et de l'amélioration de l'espèce* », il affirme même : « *C'est en faisant [...] de la puériculture avant la procréation [...] qu'on arrivera à diminuer le nombre des déchets sociaux, des infirmes, des idiots, des dégénérés [...]. L'avenir de la race est en grande partie sous la dépendance de la puériculture avant la procréation.* » La « puériculture intra-utérine » est le minimum de ce que l'on peut, selon lui, proposer pour infléchir ce sombre avenir.

Or, quels discours entend-on aujourd'hui ? Primat de l'inné sur le contexte et sur l'acquis, déterminisme génétique et sur-valorisation de l'ADN qui l'incarne, valeur prédictive attribuée sans vérification scientifique à tels ou tels « comportements » d'enfants ou de parents à partir d'observations effectuées *a posteriori*, systématisation de la surveillance médico-psycho-sociale des femmes enceintes de condition modeste puis de leurs jeunes enfants au motif d'éviter qu'ils ne s'avèrent les uns en danger et les autres, parfois les mêmes, dangereux. Ne serions-nous pas, aujourd'hui, invités à régresser vers des conceptions venues de la fin de l'avant-dernier siècle alors que la création de la PMI, en 1945, puis son essor avaient su les conjurer ?

Grâce aux progrès économiques et sociaux des « Trente glorieuses », à la diffusion des préceptes de l'hygiène publique, des vaccinations, des antibiotiques et autres traitements efficaces, et à la quasi-généralisation de l'assurance maladie, la pédiatrie sociale n'est plus aussi dramatiquement confrontée aux enjeux de la lutte contre les maladies infectieuses et de la mortalité infantile. Elle se consacre désormais à des problèmes de santé publique qui sont devenus de ce fait plus visibles, et dont les déterminants sont multiples et plus complexes : troubles du développement psycho-affectif et relationnel précoce, surcharges pondérales, accidents domestiques ou de la voie publique, addictions et suicides des jeunes, etc. Et, pour autant qu'il ne s'agisse que d'un problème de santé publique, maltraitances.

Depuis que l'on a appris à mieux les reconnaître, les maltraitances sont cependant devenues pour les jeunes enfants ce que sont les délinquances pour les adolescents : le paradigme non clairement énoncé des politiques publiques de prévention. Or, quand j'entends, sans plus de précision, le mot « prévention », je sors mes dictionnaires, de la langue française et de santé publique. Et j'y lis que prévenir est un verbe transitif quand il veut dire « aller au devant de quelque chose pour l'empêcher de se produire ». Sous sa forme

intransitive, il signifie « avertir, mettre en demeure », au sens où, en justice, un « prévenu » est mis en accusation pour ce qu'il a fait alors même que « nul n'est censé ignorer la loi ».

En santé publique, il faut donc préciser qui l'on entend prévenir de quoi, et si possible où, quand et comment. À défaut de quoi, la « prévention », sans complément d'objet, reste implicitement entendue, s'agissant des jeunes enfants, comme visant les seuls mauvais traitements plutôt que, par exemple, les caries dentaires, pourtant bien plus fréquentes. De même que, s'agissant des adolescents, la « prévention » désigne plus souvent les délinquances que, par exemple, les troubles du sommeil, pourtant bien plus fréquents aussi.

Parlons donc, clairement et précisément, de la prévention, pendant la grossesse, auprès des futures mères mais aussi des futurs pères, des risques de survenue de troubles des relations parents/enfant, après la naissance ou même à distance d'elle, et de la prévention des négligences, des carences ou des violences qui peuvent les accompagner ou en résulter.

J'affirme alors que, pour mobiliser autour d'un projet de prévention ainsi défini tant les décideurs politiques et institutionnels que les professionnels et les parents concernés, une démarche empathique - c'est-à-dire visant l'identification, la compréhension et la réduction concertées des problèmes - s'avère plus pertinente, plus efficace mais aussi plus éthique qu'une approche contraignante et prédictive.

L'exemple des deux conceptions récemment promues de l'entretien au 4^{ème} mois de grossesse - celle du « Plan périnatalité 2005-2007 » et celle de la loi du 5 mars 2007 « réformant la protection de l'enfance » - permet d'illustrer cette affirmation.

Dans la grande majorité des cas, la grossesse est un événement choisi, accueilli avec joie, porteur d'espoirs. Elle est l'expression d'un désir conjugal qui se prolonge et se manifeste par un projet parental. Les futurs parents expriment cependant, en cette circonstance, un besoin d'écoute et d'informations que les professionnels de la naissance - et notamment les sage-femmes - du fait de l'expertise qui leur est reconnue au sein du réseau local de périnatalité, sont en mesure de satisfaire. Les examens prénataux obligatoires en fournissent généralement l'occasion.

Encore faut-il, à cet égard, qu'un suivi de la grossesse reposant sur des discours trop médico-techniques, et tendant trop fréquemment à marginaliser les pères, ne vienne pas invalider le savoir propre des parents, leur confiance en eux et en l'enfant à naître, et, à l'extrême, faire émerger chez eux le sentiment qu'ils sont incompetents, voire potentiellement dangereux. Il convient au contraire de prendre acte, d'encourager et de ne pas disqualifier l'expérience de responsabilisation progressive que font chacun des deux parents, et les deux ensemble, vis-à-vis de l'enfant qu'ils attendent.

Toujours est-il que, dans certains cas, le cadre des examens prénataux « classiques » ne suffit pas. Une fragilité voire une insécurité émotionnelles particulières, souvent liées à leur histoire et génératrices d'anxiété, peuvent être réveillées - chez certaines mères mais aussi chez certains pères - par leur proche accès au statut parental. Il importe aussi de prendre en compte des facteurs personnels ou environnementaux défavorables, tels que l'isolement social voire géographique et culturel du ou des parent(s), leurs conditions de travail, et parfois - quoiqu'elle ne soit pas systématiquement péjorative - leur précarité économique, sociale ou professionnelle. Il peut y avoir lieu aussi de ne pas négliger l'existence de troubles de la santé - notamment psychologique - ou encore de comportements addictifs.

On sait aujourd'hui que ces différents facteurs, et leurs éventuelles intrications, peuvent se révéler préoccupants par la suite et contribuer à perturber l'instauration de relations satisfaisantes entre les parents et l'enfant. Mais, outre ces facteurs en eux-mêmes, ce sont l'impossibilité pour les parents d'en faire utilement état et, de ce fait, l'absence de réponses concrètes et pertinentes apportées qui devraient aujourd'hui être considérées comme plus problématiques encore, et guider les politiques de prévention de leurs causes comme de leurs possibles conséquences.

C'est pourquoi il importe de promouvoir une posture professionnelle empathique, non jugeante, génératrice de confiance et de respect mutuels, à l'égard des mères et des pères affectés par de telles difficultés. L'objectif, qui en dépend et qui s'en déduit, est de pouvoir mobiliser avec eux et auprès d'eux le réseau des professionnels, mais aussi le réseau social et familial, qui vont les aider à y faire face de façon globale, appropriée et continue - y compris après la naissance. Les futurs parents doivent être perçus et se percevoir comme les co-concepteurs et les co-acteurs volontaires de l'appui qui leur est proposé. Leur engagement dans le dispositif d'accompagnement sera d'autant plus actif et résolu qu'il partira du principe et de l'expérience vécue - simples mais fondamentaux - que le fait d'avoir le temps de parler et d'être entendu est bénéfique, que leur parole a de la valeur et qu'elle est respectée, et qu'elle l'est à ce point qu'il peut en résulter un ajustement personnalisé du réseau des professionnels et de celui de leurs proches. Bref, qu'ils reprennent du pouvoir sur leur environnement et qu'ils acquièrent une certaine maîtrise sur ce qu'ils vivent.

C'est pour l'essentiel à ce type d'approche, incitative, non stigmatisante, c'est-à-dire à la fois généraliste et accueillante envers de futurs parents pouvant éprouver toutes sortes de difficultés, que le « Plan périnatalité 2005-2007 » se réfère quand il indique : « **Un entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé** à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4^{ème} mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance, etc.

[...] Cette nouvelle prestation n'ayant pas un caractère obligatoire, l'information devra être relayée notamment par les réseaux sociaux de proximité, la PMI, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les généralistes, ou encore s'appuyer sur les réseaux de parents, femmes relais, afin que toutes les femmes en bénéficient, notamment celles les plus vulnérables ou isolées, qui souvent consultent et déclarent tardivement ou pas du tout leur grossesse. »

Il est à noter que l'État garantissait le financement de la dite prestation, sur la base d'une évaluation estimée à 26 millions d'euros sur 3 ans.

Pour de multiples raisons, la loi du 5 mars 2007 « réformant la protection de l'enfance » a largement tourné le dos à cette logique de prévention fondée sur la construction de relations de respect et de confiance mutuels entre parents et professionnels de la périnatalité. Le législateur a sans doute trop vite sous-estimé

la compétence de ces professionnels - en première ligne des sages-femmes territoriales, hospitalières ou libérales - , la pertinence de leurs méthodes émergentes de travail en réseau et les rapports coûts/efficacité à long terme de leurs interventions. Quant aux parents, la période actuelle, ivre de sécuritarisme aveugle et de certitudes prédictives, ne s'ingénie-t-elle pas à les considérer, potentiellement et jusqu'à preuve du contraire, soit comme maltraitants, soit comme suspects de démissions éducatives génératrices de délinquances juvéniles ? On se souvient que la loi « réformant la protection de l'enfance » - a été adoptée le même jour que celle « relative à la prévention de la délinquance », et ceci après de longs mouvements de vases communicants entre les deux textes. Ce type de prévention(s) fait de tout parent un « prévenu » potentiel, ou à tout le moins un malade - un « parent alité » qui s'ignore.

Toujours est-il que l'article L2121-2 du Code de la santé publique dispose désormais que le service départemental de protection maternelle et infantile « *a pour mission d'organiser [...] des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes, notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse* ».

Il est notable que l'examen du 4^{ème} mois de grossesse ainsi conçu :

- est désormais « systématique », et non plus « systématiquement proposé » ;
- est réduit à sa seule dimension « psychosociale » et n'est donc plus envisagé comme généraliste ;
- se consacre implicitement aux seules femmes enceintes, et non pas au couple des futurs parents ;
- envisage d'ailleurs de limiter au seul domicile les actions préventives, cantonnées en l'occurrence au champ médico-social, pouvant en résulter ;
- semble enfin incomber au Conseil général, tant pour sa réalisation que pour l'organisation des suites à lui donner ; une fois de plus l'État prescrit, mais se désengage.

La volonté ici affichée ne relève manifestement plus d'une vision globale, ouverte, participative, bienveillante, optimiste et ambitieuse de l'accompagnement préventif des grossesses. Elle prétend plutôt organiser, en le confinant au seul motif de la protection de l'enfance, le dépistage systématique et ultra-précoce d'une série de risques imprécis, mais considérés comme prévisibles : inéluctables seraient en effet la transmission et la reproduction des conditions de vie les plus péjoratives des parents. S'agissant d'enfants pas encore nés et pour lesquels les parents forment généralement le projet qu'il en aille tout autrement s'ils sont accompagnés de façon idoine, les risques incriminés n'ont pourtant révélé ni leur probabilité de survenue, ni leur nature réelle, ni leurs éventuels effets.

Les représentations socio-politiques dominantes des risques encourus par l'enfant à naître ont souvent fait peser sur lui un risque supplémentaire. Et c'est peut-être sous le masque d'une intention d'eugénisme « psychosocial », telle qu'elle se profile actuellement, qu'un avatar moderne de la « puériculture intra-utérine » cherche aujourd'hui à s'avancer et à imposer ses logiques de contrôle social aux catégories de population les plus modestes. Cette hypothèse impose la vigilance.

Les nouvelles injonctions du Code la santé publique sont en effet de nature à susciter des tendances préoccupantes lors de leurs mises en œuvre locales. Il est peu probable qu'elles parviennent en pratique - et même qu'elles cherchent, dans l'absolu - à être respectées à 100 %. Elles peuvent donc induire, *de facto*, des stratégies de « ciblage » des interventions préconisées par la loi. La sélection des populations de futurs parents - ou, plutôt, de futures mères - ainsi visées s'effectuera alors sur la base de critères « psycho-

sociaux » de type prédictif dont la scientificité risque d'être discutable, et la priorisation aléatoire. Même si ces critères résultaient d'observations locales, il y a fort à craindre que leur mise en lumière et en exergue pour guider l'action s'avèrerait plus stigmatisante pour les parents qui en feraient l'objet qu'annonciatrice, sur le fond, de réponses appropriées.

Ainsi, par exemple, une logique de discrimination implicite viendrait bien vite caractériser « l'entretien psychosocial systématique » du 4^{ème} mois de grossesse si les circonstances amenaient à le réserver pour l'essentiel à des parents économiquement précarisés, socialement isolés ou psychologiquement fragilisés mais que rien n'était fait par la suite pour agir efficacement sur les causes, tant individuelles que collectives, et sur les conséquences de leurs vulnérabilités.

Enfin, et peut-être surtout, il faut prendre garde à ce que, conçu, promu et perçu de la sorte, l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse ne soit de nature à induire la méfiance et le repli sur eux des futurs parents qui, pendant la grossesse, puis des parents qui, après la naissance, souhaiteraient bénéficier d'écoute, d'appui et d'accompagnement, et tout particulièrement de ceux qui en auraient le plus besoin.

Futurs pères oubliés ; futures mères exposées au feu quadrillant de telle ou telle grille « maternologique » prédictive ; parents sur leur garde face à des offres d'aide vécues comme contraignantes, menaçantes et n'offrant aucune garantie de confidentialité de part et d'autre de la naissance de leur enfant ; réseaux de soutiens familiaux et sociaux de proximité négligés ou décriés ; professionnels bienveillants et disponibles mais auxquels on n'ose plus s'adresser de crainte qu'ils n'outrepassent leurs missions : tel est le scénario catastrophe qui pourrait résulter d'une conception à la fois trop systématique et trop étroite de la prévention périnatale des mauvais traitements ou de toutes autres formes d'expression des difficultés pouvant accompagner l'attente et l'arrivée d'un enfant.

Étrange mais classique est, au total, la mise en garde qui amène à préconiser la prévention des effets délétères de certains programmes qui prétendent viser des objectifs de prévention ! Le souci d'une prévention efficace rend pourtant parfois nécessaire d'alerter les institutions sur ces formes particulières de maltraitances que, à leur insu, sous l'influence et en application de décisions politiques disproportionnées, elles risquent d'exercer à l'encontre des familles au motif de les prémunir de devenir maltraitantes mais qui, en les amenant à se replier sur elles-mêmes, ne leur laissent d'autres choix que de le rester.

FRÉDÉRIC JÉSU

ARTICLE

**2008 - Prévention des mauvais traitements et accompagnement des parents autour de la naissance.
Enjeux éthiques et institutionnels**

Licence (CC BY -NC-ND)



Vous êtes autorisé à publier, partager, distribuer gratuitement l'œuvre de l'auteur.

Dans la mesure du possible vous devez donner le nom de l'auteur. Vous n'êtes pas autorisé à vendre, louer, reproduire, adapter, modifier, transformer ou faire tout autre usage.

Courriel de l'auteur : contact@frederic-jesu.net

Site officiel de l'auteur : <https://www.frederic-jesu.net>

© Copyright-France tous droits réservés 2020-2021

Paris, 2020

ISBN 979-10-394-0442-6